STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 12203
4 mei
2015

Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2015

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

Gelet op de artikelen 32, vijfde lid, 34, vierde lid en artikel 90 van de Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, de Regeling risicoverevening 2015 en de brief van de minister van VWS van 7 oktober 2014, kenmerk 671602-126798-Z,

Heeft in zijn vergadering van 16 maart 2015 besloten:

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 Definities

Deze beleidsregels verstaan onder:
a. *het Zorginstituut:* Zorginstituut Nederland, bedoeld in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;
b. *zwaarte:* het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse;
c. *macroverzekerdenraming:* de raming van het aantal verzekerden op macroniveau op basis van de opgave van de zorgverzekeraars en trends van het CBS naar aantal inwoners in Nederland;
d. *MHK:* meerjarige hoge kosten als bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van het Besluit zorgverzekering;
e. *FKG GGZ:* FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel q, van het Besluit zorgverzekering;
f. *DKG GGZ:* diagnose kostengroepen psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel ff, van het Besluit zorgverzekering
g. *PKB:* persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit de opgave van de zorgverzekeraar met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres;
h. *VPPKB:* verzekerde periode en persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden mét een geverifieerd gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres bevat. Het tweede deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer dat per verzekerde de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar en viercijferige postcode bevat;
i. *verzekerde woonachtig in het buitenland:* een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is;
j. *vereveningsbijdrage:* de bijdrage, bedoeld in de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet;
k. *wet:* de Zorgverzekeringswet.
l. *Regeling:* Regeling risicoverevening 2015

Artikel 2 Algemene bepaling

Het Zorginstituut past de bepalingen uit het Besluit zorgverzekering en de Regeling met betrekking tot de toekenning en vaststelling van de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe met inachtneming van het bepaalde in deze beleidsregels.

Artikel 3 Zorgverzekeraars

Het Zorginstituut gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2015 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2014 actief zijn geweest ook in 2015 als zorgverzekeraar actief zullen zijn.

HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2015 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 4 Raming van de verzekerdenaantallen 2015 voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en voor het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging

1. Het Zorginstituut raamt de verzekerdenaantallen 2015 voor het macro-deelbedrag variabele

zorgkosten en voor het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging per criterium met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.

2. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen op de macroverzekerdenraming 2015 en het PKB 2014.

3. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB met als peildatum 1 mei 2014, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2014.

4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het Zorginstituut de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde over die periode ingeschreven is geweest.

5. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2014 met als peildatum 1 mei 2014.

6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht naar de macroverzekerdenraming.

7. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de leeftijd op het PKB 2014;
   b. de zelfstandigen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2013;
   c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2013;
   d. de studenten op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2014.

8. Voor de indeling in een klasse van het criterium aard van het inkomen deelt het Zorginstituut een verzekerde die in meerdere klassen is in te delen, in op basis van de hierna genoemde volgorde:
   als eerste: 0 tot en met 17 jaar of 65 jaar en ouder;
   als tweede: arbeidsongeschikten;
   als derde: bijstandsgerechtigden;
   als vierde: studenten;
   als vijfde: zelfstandigen, voor zover zij geen inkomsten uit dienstbetrekking of werkloosheidsuitkering hebben;
   ten slotte: referentiegroep, alle verzekerden omvattend die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 5.

9. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming.

10. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2015 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de viercijferige postcode, op het PKB 2014.

11. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium regio naar de macroverzekerdenraming.

12. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van vijfenzestig jaar en ouder voor het criterium V&V-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de indeling, op de regioclusters verpleging en verzorging naar viercijferige postcode voor 2015 uit bijlage 12 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de viercijferige postcode, op het PKB 2014.

13. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium V&V-regio naar de macroverzekerdenraming.

14. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG’s per zorgverzekeraar op:

a. de indeling in FKG's voor de somatische zorg 2015 uit bijlage 5 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
b. de opgave per 1 juni 2014 van declaraties farmaceutische hulp 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
c. declaratiegegevens geneeskundige zorg 'overige zorgproducten – add ons (Duur en wees geneesmiddel)' 2012, aangeleverd door Vektis aan het Zorginstituut.

15. Bij de bepaling van FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.

16. Het Zorginstituut hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen per klasse van het criterium FKG's. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij een klasse van het criterium FKG's, anders dan 'geen FKG'.

17. In afwijking van het bepaalde in het zestiende lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse FKG Kanker een drempel van ten minste 3 receptregels. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij de klasse FKG Kanker.

18. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het veertiende lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2014 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van de drempels, bedoeld in het zestiende en zeventiende lid, in welke FKG klassen de verzekerde valt. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.

19. Bij samenloop van FKG klassen wijst het Zorginstituut alle toepasselijke FKG klassen toe met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
a. In geval van samenloop bij de klassen FKG Diabetes I, Diabetes II met hypertensie en Diabetes II zonder hypertensie, deelt het Zorginstituut aan de hand van de tabel in bijlage 1 van deze beleidsregels een verzekerde in bij een klasse van het criterium FKG's;
b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse FKG Diabetes I, FKG Diabetes II met hypertensie of FKG Diabetes II zonder hypertensie, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG Hoog cholesterol;
c. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse FKG Hartaandoeningen, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij FKG Hoog cholesterol;
d. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse FKG Psychose, Alzheimer en Verslaving, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG Depressie;
e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse FKG COPD / Zware astma, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG Astma;
f. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse FKG Reuma: TNF-alfa-remmers, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG Reuma: overige middelen;
g. Indien een verzekerde is ingedeeld bij klasse FKG Kanker, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG Hormoongevoelige tumoren.

20. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG's 2015 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. De toegepaste trendfactoren staan vermeld in de Verantwoording Verzekerdenraming 2015 die het Zorginstituut op zijn website publiceert. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het achttiende lid, met de prevalentieontwikkeling en berekent de uiteindelijke zwaarte voor de verzekerde voor de betreffende klasse. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2014 voor het eerst voorkomen per FKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.

21. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'geen FKG' valt deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG' in.

22. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG's naar de macroverzekerdenraming.

23. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
a. de indeling in DKG's 2015 uit bijlage 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2014 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2012 geopend zijn.

24. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b, en het PKB 2013 per verzekerde in welke DKG klasse 1 tot en met 15 de verzekerde valt. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.

25. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2013 voor het eerst voorkomen per DKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB 2013 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2014, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.

26. Als een verzekerde niet in een DKG klasse 1 tot en met 15 2015 valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij DKG klasse '0'.

27. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's naar de macroverzekerdenraming.

28. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HKG's per zorgverzekeraar op:
   a. de indeling in HKG's somatische zorg 2015 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de opgave per 1 juni 2014 van declaraties hulpmiddelen 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.

29. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b, en het PKB 2014 per verzekerde in welke HKG klassen de verzekerde valt. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.

30. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2014 voor het eerst voorkomen per HKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.

31. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG' in.

32. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HKG's naar de macroverzekerdenraming.

33. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de leeftijd, op het PKB 2014;
   b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2012;
   c. het inkomen wanneer voor 2012 geen gegevens beschikbaar zijn, op gegevens over het jaar 2011;
   d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over het jaar 2013;
   e. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014.

34. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming.

35. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
   a. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2010 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-dbc's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2012, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
   b. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-dbc's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2014 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
   c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment en de kosten van overige prestaties, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2014 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;

d. het VPPKB 2010, het VPPKB 2011 en het VPPKB 2012.

36. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2010, 2011 respectievelijk 2012 tot drempelbedragen MHK 2010, 2011 respectievelijk 2012.

37. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2013 in welke MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

38. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2014, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie per MHK klasse constant blijft.

39. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan ‘Geen MHK’ valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in klasse ‘Geen MHK’ in.

40. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie af op de Overall Toets 2015. De toegepaste prevalentiefactoren staan vermeld in de Verantwoording Verzekerdenraming 2015 die het Zorginstituut op zijn website publiceert.

41. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GSM per zorgverzekeraar met betrekking tot:
a. de leeftijd, op het PKB 2014;
b. geen morbiditeit, op het geraamde aantal verzekerden dat zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’, als in de HKG klasse ‘Geen HKG’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt, bedoeld in het eenentwintigste, respectievelijk zesentwintigste, eenendertigste en negenendertigste lid van dit artikel;
c. wel morbiditeit, op het geraamde aantal verzekerden dat niet is ingedeeld in de klasse ‘Geen FKG’, DKG ‘0’, ‘Geen HKG’ en ‘Geen MHK’, bedoeld in het eenentwintigste, respectievelijk zesentwintigste, eenendertigste en negenendertigste lid van dit artikel.

42. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GSM naar de macroverzekerdenraming.

43. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG’s, DKG’s, HKG’s, aard van het inkomen, MHK en GSM. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG’s in in de klasse ’Geen FKG’, voor het criterium DKG’s in de klasse ’0’ en voor het criterium HKG’s in de klasse ‘Geen HKG’.

Artikel 5 Raming van de verzekerdenaantallen 2015 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut raamt de verzekerdenaantallen 2015 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.

2. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming op de macroverzekerdenraming 2015 en het PKB 2014.

3. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB 2014 met als peildatum 1 mei 2014, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2014.

4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het Zorginstituut de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde over die periode ingeschreven is geweest.

5. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2014 met als peildatum 1 mei 2014.

6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht naar de macroverzekerdenraming.

7. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
a. de leeftijd, op het PKB 2014;

b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2013;
c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2013;
d. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2014.

8. Het Zorginstituut deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid.

9. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming.

10. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
a. de indeling, op de regioclusters geneeskundige GGZ naar viercijferige postcode voor 2015 uit bijlage 11 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
b. de viercijferige postcode, op het PKB 2014.

11. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-regio naar de macroverzekerdenraming.

12. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium FKG GGZ per zorgverzekeraar op:
a. de indeling in FKG GGZ 2015 uit bijlage 6 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z.
b. de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer per 1 juni 2014 van declaraties farmaceutische hulp 2013 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.

13. Bij de bepaling van FKG GGZ zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.

14. Het Zorginstituut hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen per klasse van het criterium FKG GGZ. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij een klasse van het criterium FKG GGZ, anders dan ‘geen FKG psychische aandoeningen’.

15. In afwijking van het bepaalde in het veertiende lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse FKG psychose depot een drempel van één receptregel en een DDD-factor van ten minste 3500. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in de klasse FKG psychose depot in.

16. In afwijking van het bepaalde in het veertiende lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse FKG GGZ bipolair complex een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen voor de klasse FKG GGZ bipolair regulier en ten minste één voorschrift van de indicator bipolair complex. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in de klasse FKG GGZ bipolair complex in.

17. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het twaalfde lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2014 en bepaalt op basis hiervan en met behulp van de drempels, bedoeld in het veertiende, vijftiende en zestiende lid, in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.

18. Bij samenloop van klassen van het criterium FKG GGZ deelt het Zorginstituut een verzekerde in in alle toepasselijke klassen FKG GGZ met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
a. Indien een verzekerde is ingedeeld in de klasse FKG GGZ psychose depot, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG GGZ psychose;
b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse FKG GGZ bipolair complex, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG GGZ bipolair regulier.

19. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG GGZ 2015 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. De toegepaste trendfactoren staan vermeld in de Verantwoording Verzekerdenraming 2015 die het Zorginstituut op zijn website publiceert. Het

Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het zeventiende lid, met de prevalentieontwikkeling en herberekent de zwaarte voor de verzekerde voor de betreffende klasse. Het Zorginstituut zet verzekerden die in het PKB 2014 voor het eerst voorkomen per FKG GGZ klasse op de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB.

20. Als een verzekerde niet in andere klasse dan 'Geen FKG psychische aandoeningen' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' in.

21. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ naar de macroverzekerdenraming.

22. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
a. de leeftijd, op het PKB 2014;
b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2012;
c. het inkomen, op gegevens over het jaar 2011 wanneer voor 2012 geen gegevens beschikbaar zijn;
d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2013;
e. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014.

23. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming.

24. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium DKG GGZ per zorgverzekeraar op:
a. de indeling in DKG GGZ 2015 uit de indelingstabel psychische DKG's;
b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2014 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2012 geopend zijn;
c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2014 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

25. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b, en het PKB 2013 per verzekerde in welke DKG GGZ klasse de verzekerde valt en betrekt daarbij de declaraties, bedoeld in het vorige lid, onderdeel c. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.

26. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2013 voor het eerst voorkomen per DKG GGZ klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2013 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2014, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.

27. Als een verzekerde niet in een DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in DKG GGZ klasse '0' in.

28. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's GGZ naar de macroverzekerdenraming.

29. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-MHK per zorgverzekeraar op:
a. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2010 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2012, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
b. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2014 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2014 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
d. het VPPKB 2010, het VPPKB 2011 en het VPPKB 2012.

30. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot

vereveningsjaar 2010, 2011 respectievelijk 2012 tot drempelbedragen GGZ-MHK 2010, 2011 respectievelijk 2012.

31. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2013 in welke GGZ-MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

32. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2014, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.

33. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' in.

34. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-MHK naar de macroverzekerdenraming.

35. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium éénpersoonsadres per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2013;
   b. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst 2013 ontbreken, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014.

36. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium éénpersoonsadres naar de macroverzekerdenraming.

37. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, GGZ-MHK en aard van het inkomen. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG GGZ in in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' en voor het criterium DKG GGZ in de klasse '0'.

Artikel 6 Raming van de verzekerdenaantallen 2015 voor de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het Zorginstituut raamt de verzekerdenaantallen 2015 voor de normatieve eigen risico opbrengst per criterium met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.

2. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen op de macroverzekerdenraming 2015 en het PKB 2014.

3. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB met als peildatum 1 mei 2014, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2014.

4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het Zorginstituut de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde over die periode ingeschreven is geweest.

5. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat niet zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt, per zorgverzekeraar op artikel 4, eenentwintigste respectievelijk zesentwintigste en negenendertigste lid van deze Beleidsregels.

6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in het vorige lid, naar de macroverzekerdenraming.

7. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt, per zorgverzekeraar op artikel 4, eenentwintigste respectievelijk zesentwintigste en negenendertigste lid van deze Beleidsregels.

8. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2014 met als peildatum 1 mei 2014.

9. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel

in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt voor het criterium leeftijd en geslacht naar de macroverzekerdenraming.

10. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
    a. de leeftijd, op het PKB 2014;
    b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV en de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2013;
    c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2013;
    d. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2014.

11. Het Zorginstituut deelt een verzekerde die in meerdere klassen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid van deze Beleidsregels.

12. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming.

13. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
    a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2015 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
    b. de viercijferige postcode, op het PKB 2014.

14. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt voor het criterium regio naar de macroverzekerdenraming.

15. Het Zorginstituut deelt het geraamde aantal verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt, uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en aard van het inkomen.

Artikel 7 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en de berekening van het deelbedrag variabele zorgkosten

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten hanteert het Zorginstituut de volgende gewichten als uitgangspunten:
    a. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per klasse 2015 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 1, tabel 1.1, van de Regeling;
    b. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per FKG klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.2, van de Regeling;
    c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 55% van het normgewicht van de FKG klasse ‘Geen FKG’;
    d. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per DKG klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.3, van de Regeling;
    e. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 50% van het normgewicht voor de DKG klasse ‘0’;
    f. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per HKG klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.4, van de Regeling;
    g. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 65% van het normgewicht voor de HKG klasse ‘geen HKG’;
    h. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per aard van het inkomen klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.5, van de Regeling;
    i. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per regio klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.6, van de Regeling;
    j. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per SES klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.8, van de Regeling;
    k. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per MHK klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.9, van de Regeling;

l. de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per GSM klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.10, van de Regeling.

2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2015 per overeenkomstige klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per FKG klasse 2015 per overeenkomstige FKG klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per DKG klasse 2015 per overeenkomstige DKG klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per HKG klasse 2015 per overeenkomstige HKG klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per HKG klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2015 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2015. Het Zorginstituut sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar en voegt deze toe aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per regioklasse 2015 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

8. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per SES klasse 2015 per overeenkomstige SES klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per SES klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per MHK klasse 2015 per overeenkomstige MHK klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per MHK klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.

10. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten variabele zorgkosten per verzekerde per GSM klasse 2015 per overeenkomstige GSM klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per GSM klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.

11. Het resultaat van het tiende lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele zorgkosten 2015.

Artikel 8 De verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten en de berekening van het deelbedrag vaste zorgkosten

1. Het Zorginstituut bepaalt het deelbedrag vaste zorgkosten 2015 als volgt:
   a. Het Zorginstituut berekent per verzekerde de gemiddelde vaste kosten van ziekenhuisverpleging per zorgverzekeraar in 2013 op basis van gegevens over de kosten uit de opgave jaarstaat 2013 per 1 mei 2014 van de zorgverzekeraar;
   b. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het Zorginstituut de geraamde aantallen verzekerden 2015 met het berekende bedrag in onderdeel a;
   c. Vervolgens berekent het Zorginstituut de landelijke vaste kosten factor 2015 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten 2015, bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel b, van de Regeling te delen door de som van het resultaat van onderdeel b van alle zorgverzekeraars;
   d. Het Zorginstituut vermenigvuldigt het in onderdeel a berekende bedrag per zorgverzekeraar met de in onderdeel c berekende landelijke vaste kosten factor 2015. Het resultaat wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste zorgkosten per geraamde verzekerde 2015.

2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2013 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor deze zorgverzekeraar bij de berekening bedoeld in het eerste lid uitgegaan van het gemiddelde over de vaste kosten van ziekenhuisverpleging van alle zorgverzekeraars. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer een zorgverzekeraar een onjuiste of een onvolledige opgave over 2013 aan het Zorginstituut heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.

3. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag vaste zorgkosten 2015 door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste zorgkosten per geraamde verzekerde 2015 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2015.

4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2015.

Artikel 9 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging en de berekening van het deelbedrag verpleging en verzorging

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag verpleging en verzorging hanteert het Zorginstituut als uitgangspunten:
   a. de gewichten kosten van verpleging en verzorging per verzekerde per klasse 2015 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage1, tabel 1.1, van de Regeling;
   b. de gewichten kosten van verpleging en verzorging per verzekerde per V&V-regioklasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.7, van de Regeling;
   c. de gewichten kosten van verpleging en verzorging per verzekerde per MHK klasse 2015, genoemd in bijlage 1, tabel 1.9, van de Regeling.

2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten kosten van verpleging en verzorging per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2015 per overeenkomstige klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten kosten van verpleging en verzorging per verzekerde per V&V-regioklasse 2015 per overeenkomstige V&V-regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 65 jaar en ouder per V&V-regioklasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de gewichten kosten van verpleging en verzorging per verzekerde per MHK klasse 2015 per overeenkomstige MHK klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 65 jaar en ouder per MHK klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. Het resultaat van het vierde lid wordt aangeduid als deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2015.

Artikel 10 De verdeling van het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg hanteert het Zorginstituut als uitgangspunten:
   a. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2015 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 2, tabel 2.1, van de Regeling;
   b. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar FKG GGZ klasse 2015, genoemd in bijlage 2, tabel 2.2, van de Regeling;
   c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 50% van het normgewicht voor de FKG GGZ klasse ‘Geen FKG GGZ psychische aandoeningen’;
   d. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar DKG GGZ klasse 2015, genoemd in bijlage 2, tabel 2.3, van de Regeling;
   e. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 40% van het normgewicht voor de DKG GGZ klasse 0;
   f. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2015, genoemd in bijlage 2, tabel 2.4, van de Regeling;
   g. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2015, genoemd in bijlage 2, tabel 2.5, van de Regeling;
   h. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2015, genoemd in bijlage 2, tabel 2.6, van de Regeling;
   i. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-MHK klasse 2015, genoemd in bijlage 2, tabel 2.8, van de Regeling;
   j. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoons-

adresklasse 2015, genoemd in bijlage 2, tabel 2.7, van de Regeling.

2. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2015 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per klasse naar leeftijd en geslacht 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2015 klasse worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan de som van uitkomsten per zorgverzekeraar, bedoeld in het tweede lid.

4. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per DKG GGZ 2015 klasse worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan de som van uitkomsten per zorgverzekeraar, bedoeld in het derde lid.

5. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2015 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2015 worden per overeenkomstige GGZ-regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per GGZ-regio klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2015 worden per overeenkomstige SES klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per SES klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

8. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-MHK klasse 2015 worden per overeenkomstige GGZ-MHK klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per GGZ-MHK klasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2015 worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2015. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.

10. Het resultaat van het negende lid wordt aangeduid als het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015.

Artikel 11 De berekening van de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het Zorginstituut berekent de normatieve eigen risico opbrengst 2015 voor verzekerden van achttien jaar en ouder dat niet zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt, per zorgverzekeraar door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat niet zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt, zoals bepaald op grond van artikel 6, vijfde en zesde lid te vermenigvuldigen met een bedrag van EUR 356,36 per verzekerde.

2. Het Zorginstituut vermindert de uitkomst van het eerste lid met 0,07443 procent.

3. Voor de berekening van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden die zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ vallen 2015 hanteert het Zorginstituut als uitgangspunten:
   a. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2015, genoemd in bijlage 3, tabel 3.1, van de Regeling;
   b. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2015,

genoemd in bijlage 3, tabel 3.2, van de Regeling;
c. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2015, genoemd in bijlage 3, tabel 3.3, van de Regeling.

4. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse 2015 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt, zoals bepaald op grond van artikel 6, achtste en negende lid van deze Beleidsregels. De uitkomsten worden per klasse 2015 per zorgverzekeraar gesommeerd.

5. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2015 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2015, zoals bepaald in artikel 6, tiende tot en met twaalfde lid van deze Beleidsregels. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2015 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per regioklasse 2015, zoals bepaald in artikel 6, dertiende en veertiende lid van deze Beleidsregels. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het Zorginstituut vermindert de uitkomst van het zesde lid met het percentage, genoemd in het tweede lid.

8. De totale normatieve eigen risico opbrengst per zorgverzekeraar is de som van het resultaat van het tweede en het zevende lid.

Artikel 12 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2015 van een zorgverzekeraar als de som van het op grond van het in dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele zorgkosten 2015, het deelbedrag vaste zorgkosten 2015, het deelbedrag verpleging en verzorging 2015 en het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015.

2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst 2015 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar en ouder 2015 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2015.

3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat van het tweede lid met het percentage, genoemd in artikel 11, tweede lid.

4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2015 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2015, bedoeld in het eerste lid, de normatieve eigen risico opbrengst 2015 zoals bepaald in artikel 11, achtste lid en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2015 in mindering te brengen.

5. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar 2015. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar vermenigvuldigd met € 45,–.

6. Het Zorginstituut kent de vereveningsbijdrage 2015 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag, berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

Artikel 13 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2015 besluit zich te splitsen, deelt de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut mee hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2015 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars. Het Zorginstituut kan de toegekende vereveningsbijdrage herzien en de bijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, rekening houdend met de meegedeelde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 14 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2015

1. Het Zorginstituut herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2015 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2015.

2. Het Zorginstituut bepaalt de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2015 als volgt: het Zorginstituut deelt per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden uit de opgaven in het eerste lid door het geraamde totaal aantal verzekerden 2015 en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de vereveningsbijdrage 2015, zoals toegekend op grond van artikel 12, zesde lid van deze Beleidsregels.

3. Het Zorginstituut herziet de op grond van artikel 12, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2015 overeenkomstig de herberekening uit het tweede lid.

HOOFDSTUK III DE EERSTE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 15 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2015 voor het deelbedrag variabele zorgkosten en voor het deelbedrag verpleging en verzorging

1. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2015 voor het deelbedrag variabele zorgkosten en voor het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging per criterium met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.

2. Het Zorginstituut baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2015, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2016.

3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2015 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het Zorginstituut de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.

4. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden en voor het aantal verzekerden van 65 jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
   a. het PKB 2015, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is 1 mei 2015;
   b. het VPPKB 2015 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015.

5. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de leeftijd, op het PKB 2015;
   b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015;
   c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2015, met peildatum 30 juni 2015;
   d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de refentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2015, met peildatum 30 juni 2015;
   e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op de gegevens over 2014, met als peildatum 30 juni 2014 voor verzekerden uit die gemeente. Het Zorginstituut hanteert per verzekerde voor de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor de opgave van het UWV;
   f. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2015.

6. Het Zorginstituut deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen, is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid, van deze Beleidsregels.

7. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2015 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de viercijferige postcode, op het PKB 2015;

c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015.

8. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van vijfenzestig jaar en ouder voor het criterium V&V-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de indeling, op de regioclusters verpleging en verzorging naar viercijferige postcode voor 2015 uit bijlage 12 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de viercijferige postcode, op het PKB 2015;
   c. de viercijferige postcode, indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015.

9. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FKG's per zorgverzekeraar op:
   a. op de indeling in FKG's voor de somatische zorg 2015 uit bijlage 5 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de opgave per 1 juni 2015 van declaraties farmaceutische hulp 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
   c. de opgave per 1 juni 2016 van declaratiegegevens add-ons geneesmiddelen 2014 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.

10. Bij de bepaling van FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
   a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering;
   b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.

11. Het Zorginstituut hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen per klasse van het criterium FKG's. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij een klasse van het criterium FKG's, anders dan 'Geen FKG'.

12. In afwijking van het bepaalde in het tiende lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse FKG Kanker een drempel van ten minste 3 receptregels. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij de klasse FKG Kanker.

13. Het Zorginstituut koppelt de opgaven bedoeld in het negende lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van de drempels bedoeld in het elfde en twaalfde lid in welke FKG klassen de verzekerde valt, met inachtneming van het bepaalde met betrekking tot de samenloop van FKG klassen, bedoeld in artikel 4, negentiende lid.

14. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG' in.

15. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
   a. de indeling in DKG's uit bijlage 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2016 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2014 geopend zijn.

16. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vijftiende lid, onderdeel b en het VPPKB per verzekerde in welke DKG klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

17. Als een verzekerde niet in een DKG klasse 1 tot en met 15 is ingedeeld, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij DKG klasse '0'.

18. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium HKG's per zorgverzekeraar op:
   a. de indeling in de HKG's somatische zorg 2015 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de opgave per 1 juni 2015 van declaraties hulpmiddelen 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.

19. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het achttiende lid, onderdeel b en het VPPKB per verze-

kerde in welke HKG klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

20. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG' in.

21. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
    a. de leeftijd, op het PKB 2015;
    b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015;
    c. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over 2014;
    d. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2014, op de opgave over 2013 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2013, op de opgave over 2012;
    e. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2015;
    f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2015 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB, op het VPPKB 2015.

22. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
    a. declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
    b. declaraties 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
    c. declaraties 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
    d. het VPPKB 2012, het VPPKB 2013 en het VPPKB 2014.

23. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2012, 2013 en 2014 tot respectievelijk drempelbedragen MHK 2012, 2013 en 2014.

24. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2015 in welke MHK-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

25. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK' in.

26. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GSM per zorgverzekeraar met betrekking tot:
    a. de leeftijd, op het PKB 2015, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is 1 mei 2015;
    b. de leeftijd, op het VPPKB 2015, indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015;
    c. geen morbiditeit, op het geraamde aantal verzekerden dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0', als in de HKG klasse 'Geen HKG' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt, bedoeld in het veertiende, respectievelijk zeventiende, twintigste en vijfentwintigste lid van dit artikel;
    d. wel morbiditeit, op het geraamde aantal verzekerden dat niet is ingedeeld in de klasse 'Geen FKG', DKG '0', 'Geen HKG', en 'Geen MHK', bedoeld in het veertiende, respectievelijk zeventiende, twintigste en vijfentwintigste lid van dit artikel.

27. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, regio en V&V-regio.

28. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, aard van het inkomen, MHK en GSM. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG's in in de klasse 'Geen FKG', voor het criterium DKG's in de klasse '0' en voor het criterium HKG's in de klasse 'Geen HKG'.

Artikel 16 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2015 voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2015 voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.

2. Het Zorginstituut baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2015, zoals zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2016.

3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2015 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het Zorginstituut de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.

4. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
   a. het PKB 2015, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is 1 mei 2015;
   b. het VPPKB 2015 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015.

5. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de leeftijd, op het PKB 2015;
   b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015;
   c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2015, met peildatum 30 juni 2015;
   d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2015, met peildatum 30 juni 2015;
   e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op gegevens over 2014, met peildatum 30 juni 2014, voor verzekerden uit die gemeente. Het Zorginstituut hanteert per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor de opgave van het UWV;
   f. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2015.

6. Het Zorginstituut deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid.

7. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de indeling, op de regioclusters geneeskundige GGZ naar viercijferige postcode voor 2015 uit bijlage 11 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de viercijferige postcode, op het PKB 2015;
   c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015.

8. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium FKG-GGZ per zorgverzekeraar op:
   a. de indeling in FKG GGZ 2015 uit bijlage 6 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de opgave per 1 juni 2015 van declaraties farmaceutische hulp 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.

9. Bij de bepaling van FKG GGZ zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
   a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel van het 2.8 Besluit zorgverzekering;
   b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.

10. Het Zorginstituut hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen per klasse van het criterium FKG GGZ. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij een klasse van het criterium FKG GGZ, anders dan ‘Geen FKG psychische aandoeningen’

11. In afwijking van het bepaalde in het tiende lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse FKG

psychose depot een drempel van één receptregel en een DDD-factor van ten minste 3500. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij de klasse FKG psychose depot.

12. In afwijking van het bepaalde in het tiende lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse FKG bipolair complex een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen voor de klasse FKG bipolair en ten minste één voorschrift van de indicator bipolair complex. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij de klasse FKG bipolair complex.

13. Het Zorginstituut koppelt de opgave bedoeld in het achtste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met behulp van de drempels bedoeld in het tiende, elfde en twaalfde lid in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld.

14. Bij samenloop van FKG's GGZ deelt het Zorginstituut de verzekerde bij alle toepasselijke FKG's GGZ in met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
    a. Indien een verzekerde is ingedeeld in de klasse FKG GGZ psychose depot, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG GGZ psychose;
    b. Indien een verzekerde is ingedeeld in de klasse FKG GGZ bipolair complex, deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse FKG GGZ bipolair regulier.

15. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG psychische aandoeningen' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' in.

16. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG GGZ per zorgverzekeraar op:
    a. de indeling in DKG GGZ 2015 uit bijlage 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
    b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2016 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ die in 2014 geopend zijn;
    c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

17. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b en het VPPKB per verzekerde in welke DKG GGZ klasse de verzekerde valt en betrekt daarbij de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel c.

18. Als een verzekerde niet in een DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de DKG GGZ klasse '0' in.

19. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium GGZ-MHK per zorgverzekeraar op:
    a. declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag GGZ kosten tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
    b. declaraties 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag GGZ kosten tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
    c. declaraties 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag GGZ kosten, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
    d. het VPPKB 2012, het VPPKB 2013 en het VPPKB 2014.

20. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2012, 2013 en 2014 tot respectievelijk drempelbedragen GGZ-MHK 2012, 2013 en 2014.

21. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2015 in welke GGZ-MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

22. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' in.

23. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
    a. de leeftijd, op het PKB 2015;

b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015;
c. het inkomen, op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst over 2014;
d. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2014, op de opgave over 2013 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2013, op de opgave over 2012;
e. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservice-nummer in de opgave van de Belastingdienst over 2015;
f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2015, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2015 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015.

24. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium éénpersoonsadres per zorgverzekeraar met betrekking tot:
a. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservice-nummer in de opgave van de Belastingdienst over 2015;
b. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2015 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015.

25. Het Zorginstituut deelt verzekerden van achttien jaar en ouder zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en regio.

26. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, aard van het inkomen en GGZ-MHK. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG GGZ in in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' en voor het criterium DKG GGZ in de klasse '0'.

Artikel 17 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2015 voor de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2015 voor de normatieve eigen risico opbrengst per criterium met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.

2. Het Zorginstituut baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2015, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2016 bij het Zorginstituut hebben aangele-verd.

3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2015 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het Zorginstituut de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.

4. Het Zorginstituut bepaalt het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat niet zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt, per zorgverzekeraar met inachtneming van artikel 15, veertiende, respectievelijk zeventiende en vijfentwintigste lid.

5. Het Zorginstituut bepaalt het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt per zorgverzeke-raar met inachtneming van artikel 15, veertiende respectievelijk zeventiende en vijfentwintigste lid.

6. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' is ingedeeld voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
a. het PKB 2015, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2015 bij het Zorginstituut hebben aangele-verd. De peildatum van de opgave is 1 mei 2015;
b. het VPPKB 2015, indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015.

7. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' is ingedeeld voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
a. de leeftijd, op het PKB 2015;
b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015;
c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2015, met peildatum 30 juni 2015;

d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2015, met peildatum 30 juni 2015;
e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op gegevens over 2014, met peildatum 30 juni 2014, voor verzekerden uit die gemeente. Het Zorginstituut hanteert per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor de opgave van het UWV;
f. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2015.

8. Het Zorginstituut deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid van deze beleidsregels.

9. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse ‘Geen FKG’, als in de DKG klasse ‘0’ en in de MHK klasse ‘Geen MHK’ valt voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
   a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2015 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2014 met kenmerk 671602-126798-Z;
   b. de viercijferige postcode, op het PKB 2015;
   c. de viercijferige postcode in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2015, op het VPPKB 2015.

10. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en regio.

11. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en aard van het inkomen.

Artikel 18 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2015

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2015 per 1 mei 2016 en met inachtneming van de artikelen 12 en 14 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de variabele zorgkosten 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.

2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de DKG klasse ‘0’ door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de DKG klasse ‘0’ waarbij rekening wordt gehouden met het gewicht van de verzekerden woonachtig in het buitenland, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de HKG klasse ‘Geen HKG’ door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan ‘Geen HKG’ per HKG klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de klasse ‘Geen HKG’ waarbij rekening wordt gehouden met het gewicht van de verzekerden woonachtig in het buitenland, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

4. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de MHK klasse ‘Geen MHK’ door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan ‘Geen MHK’ per MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de MHK klasse ‘Geen MHK’, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

5. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de GSM klasse ‘Geen morbiditeit, 65- jaar’ door het totaal aantal verzekerden per GSM klasse ‘Wel morbiditeit 65- jaar’ te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de GSM klasse ‘Geen morbiditeit, 65- jaar’, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien. ‘

6. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de GSM klasse ‘Geen morbiditeit, 65+ jaar’ door het totaal aantal verzekerden per GSM klasse ‘Wel morbiditeit 65+ jaar’ te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen

door het totaal aantal verzekerden in de GSM klasse ‘Geen morbiditeit, 65+ jaar’, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

7. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 15 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 7, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2015 van alle zorgverzekeraars.

8. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2015 door de variabele zorgkosten 2015 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het zevende lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2015 voor het totaal van de verzekerden 2015 van alle zorgverzekeraars.

9. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2015 uit het zevende lid met de schalingsfactor berekend in het achtste lid.

10. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het negende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het zevende lid en deelt dit verschil door het totaal aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

11. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het tiende lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

12. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het negende lid, met het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het elfde lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2015.

Artikel 19 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2015

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2015 per 1 mei 2016 en met inachtneming van artikel 15 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de vaste zorgkosten 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk.

2. Het Zorginstituut herberekent het voorlopig deelbedrag vaste zorgkosten 2015 per zorgverzekeraar als volgt:
   a. De vaste zorgkosten 2014 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2014. Het resultaat is het bedrag vaste kosten per verzekerde 2014;
   b. Het in onderdeel a berekende bedrag wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2015 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 15. Het resultaat is het deelbedrag vaste zorgkosten 2015.

3. Het Zorginstituut calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2015, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste zorgkosten, verkregen in het tweede lid.

4. De som van het resultaat van het tweede en het derde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2015.

Artikel 20 De voorlopige herberekening van het deelbedrag verpleging en verzorging 2015

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2015 per 1 mei 2016 en met inachtneming van artikel 12 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van verpleging en verzorging 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.

2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van verpleging en verzorging per verzekerde voor de MHK klasse ‘Geen MHK’ door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan ‘Geen MHK’ per MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de MHK klasse ‘Geen MHK’, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

3. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 15 berekende verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging 2015 voor iedere

zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 9, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2015 van alle zorgverzekeraars.

4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van verpleging en verzorging 2015 door de kosten van verpleging en verzorging 2015 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging voor het totaal van de verzekerden 2015 van alle zorgverzekeraars.

5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging 2015 uit het derde lid met de schalingsfactor, berekend in het vierde lid.

6. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vijfde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het derde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

7. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zesde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

8. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vijfde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2015.

Artikel 21 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2015 per 1 mei 2016 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.

2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder per verzekerde voor de DKG GGZ klasse ‘0’ 2015 door het totaal aantal verzekerden per DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de DKG GGZ klasse ‘0’ 2015 waarbij rekening wordt gehouden met het gewicht van de verzekerden woonachtig in het buitenland, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder per verzekerde voor de GGZ-MHK klasse ‘GGZ-MHK 3 jaar geen kosten’ 2015 door het totaal aantal verzekerden voor de klassen ‘GGZ-MHK in 3 jaar tenminste 1x kosten’, ‘GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 12,5 promille’ en ‘GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 5 promille’ per GGZ-MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden voor de klasse ‘GGZ-MHK 3 jaar geen kosten’ 2015, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

4. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van het op grond van artikel 16 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 10, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2015 van alle zorgverzekeraars.

5. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2015 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vierde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2015 van alle zorgverzekeraars.

6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige

gezondheidszorg 2015 uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.

7. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zesde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vierde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

8. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zevende lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

9. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het achtste lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015.

Artikel 22 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2015

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 17, tweede lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.

2. Het Zorginstituut herberekent overeenkomstig artikel 11 de normatieve eigen risico opbrengst 2015 op basis van de verzekerdenaantallen 2015 van achttien jaar en ouder, zoals bepaald in artikel 17.

3. In afwijking van het tweede lid bepaalt het Zorginstituut de gederfde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor wie op grond van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen, op basis van de opgave jaarstaat 2015 per 1 mei 2016.

Artikel 23 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2015 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2015

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2015 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2015, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2015, het voorlopig herberekende deelbedrag verpleging en verzorging 2015 en het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015.

2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
   a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2015, bedoeld in artikel 20, achtste lid, en de kosten van verpleging en verzorging 2015, bedoeld in artikel 20, eerste lid en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
   b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag verpleging en verzorging. Het Zorginstituut berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging zorg bedoeld in artikel 20, derde lid, en de kosten van verpleging en verzorging 2015, bedoeld in artikel 20, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
   c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 5,– per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 95 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2015;
   d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan € -5,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 95 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2015.

3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
   a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015, bedoeld in artikel 21, negende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015, bedoeld in artikel 21, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
   b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld

marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015, bedoeld in artikel 21, vierde lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015, bedoeld in artikel 21, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;

c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 15,– per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2015;

d. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan € -15,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2015.

4. Het Zorginstituut bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder 2015 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2015.

5. Het Zorginstituut vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2015 per 1 mei 2016 als gederfde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen.

6. Het Zorginstituut herberekent voorlopig de aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar door het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar 2015 te vermenigvuldigen met € 45,–.

7. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2015 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2015, bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede en derde lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in het vorige lid, te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve eigen risico opbrengst, bedoeld in artikel 22, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vierde en vijfde lid.

8. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2015 in september 2016 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK IV DE TWEEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2015 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 24 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de kosten 2015 uit de opgave jaarstaat 2017 per 1 mei 2018 en de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

Artikel 25 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2015

1. Het Zorginstituut betrekt de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2015 bij de verzekerdenaantallen, zoals berekend op grond van de artikelen 15, 16 en 17.

2. Voor het criterium SES betrekt het Zorginstituut voor het inkomen de opgave van de Belastingdienst over 2015 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2015, maakt het Zorginstituut gebruik van de opgave over 2014.

3. Voor het criterium MHK betrekt het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2016, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

4. Voor het criterium GGZ-MHK betrekt het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag GGZ kosten tot en met 31 december 2016, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

Artikel 26 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2015

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van de artikelen 12 en 14 van de Regeling, de variabele zorgkosten 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.

2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de DKG klasse '0' door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de DKG klasse '0' waarbij rekening wordt gehouden met het gewicht van de verzekerden woonachtig in het buitenland, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de HKG klasse 'Geen HKG' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen HKG' per HKG klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de HKG klasse 'Geen HKG' waarbij rekening wordt gehouden met het gewicht van de verzekerden woonachtig in het buitenland, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

4. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen MHK' per MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de MHK klasse 'Geen MHK', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

5. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de GSM klasse 'Geen morbiditeit, 65- jaar' door het totaal aantal verzekerden per GSM klasse 'Wel morbiditeit 65- jaar' te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de GSM klasse 'Geen morbiditeit, 65- jaar', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien. '

6. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de GSM klasse 'Geen morbiditeit, 65+ jaar' door het totaal aantal verzekerden per GSM klasse 'Wel morbiditeit 65+ jaar' te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de GSM klasse 'Geen morbiditeit, 65+ jaar', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

7. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 7, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2015 van alle zorgverzekeraars.

8. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2015 door de variabele zorgkosten 2015 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het zevende lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2015 voor het totaal van de verzekerden 2015 van alle zorgverzekeraars.

9. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2015 uit het zevende lid met de schalingsfactor berekend in het achtste lid.

10. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het negende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het zevende lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

11. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het tiende lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

12. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het negende lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het elfde lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2015.

Artikel 27 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2015

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2015 overeenkomstig artikel 19, met inachtneming van artikel 24 en 25.

Artikel 28 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag verpleging en verzorging 2015

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 12 van de Regeling, de kosten van verpleging en verzorging 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.

2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van verpleging en verzorging per verzekerde voor de MHK klasse ‘Geen MHK’ door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan ‘Geen MHK’ per MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de MHK klasse ‘Geen MHK’, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

3. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerdenaantallen, het normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging prestaties 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 9, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2015 van alle zorgverzekeraars.

4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van verpleging en verzorging 2015 door de kosten van verpleging en verzorging 2015 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging 2015 voor het totaal van de verzekerden 2015 van alle zorgverzekeraars.

5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars, het herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging 2015 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.

6. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vijfde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het derde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

7. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zesde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

8. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vijfde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2015.

Artikel 29 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 12 van de Regeling, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.

2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ per verzekerde voor de klasse DKG GGZ ‘0’ 2015 door het totaal aantal verzekerden per DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de klasse DKG GGZ ‘0’ 2015 waarbij rekening wordt gehouden met het gewicht van de verzekerden woonachtig in het buitenland, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder per verzekerde voor de klasse ‘GGZ-MHK 3 jaar geen kosten’ 2015 door het totaal aantal verzekerden voor de klassen ‘GGZ-MHK in 3 jaar tenminste 1x kosten’, ‘GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 12,5 promille’ en ‘GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 5 promille’ per GGZ-MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de klasse ‘GGZ-MHK 3 jaar geen

kosten’ 2015, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

4. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 10, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2015 van alle zorgverzekeraars.

5. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vierde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 voor het totaal van alle zorgverzekeraars.

6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars, het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.

7. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zesde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vierde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

8. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zevende lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

9. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het achtste lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015.

Artikel 30 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2015

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2015 overeenkomstig artikel 22, met inachtneming van artikel 24 en artikel 25.

Artikel 31 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2015 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2015

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2015 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag variabele zorgkosten 2015, het tweede voorlopige deelbedrag vaste zorgkosten 2015, het tweede voorlopige deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2015 en het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015.

2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
   a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2015, bedoeld in artikel 28, achtste lid, en de kosten van verpleging en verzorging 2015, bedoeld in artikel 28, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
   b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging. Het Zorginstituut berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging, bedoeld in artikel 28, derde lid, en de kosten van verpleging en verzorging 2015, bedoeld in artikel 28, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
   c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 5,– per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 95 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2015;
   d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan € 5,– per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 95 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2015.

3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
   a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015, bedoeld in artikel 29, negende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015, bedoeld in artikel 29, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
   b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015, bedoeld in artikel 29, negende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 bedoeld in artikel 29, vierde lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
   c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 15,– per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2015;
   d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan € 15,– per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2015.

4. Het Zorginstituut bepaalt de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2015.

5. Het Zorginstituut vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2015 per 1 mei 2016 als gederfde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen.

6. Het Zorginstituut berekent de tweede voorlopige aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar door het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar te vermenigvuldigen met € 45,–.

7. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2015 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2015 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede en derde lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in het vorige lid, te verminderen met de tweede voorlopige normatieve eigen risico opbrengst, bedoeld in artikel 30, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vierde en vijfde lid.

8. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2015 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2018 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK V DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2015 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 32 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die voortkomen uit de reviewrapportages die de Nederlandse Zorgautoriteit uitbrengt over de declaraties 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2015 uit de jaarstaat 2017.

Artikel 33 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2015

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2015 overeenkomstig artikel 26, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 34 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2015

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2015 overeenkomstig artikel 27, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 35 De definitieve herberekening van het deelbedrag verpleging en verzorging 2015

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag verpleging en verzorging 2015 overeenkomstig artikel 28, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 36 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015 overeenkomstig artikel 29, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 37 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2015

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 30, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 38 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2015 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2015

1. Het Zorginstituut herberekent definitief het normatieve bedrag 2015 overeenkomstig artikel 31, met inachtneming van artikel 32.

2. Het Zorginstituut stelt de bijdrage 2015 vast in april 2019 ter hoogte van de in het vorige lid definitief berekende bijdrage.

HOOFDSTUK VI DE UITKERING VOOR DE KOSTEN VAN PRESTATIES DIE DOOR HET ZORGINSTITUUT NAAR HET WERKELIJK BEDRAG WORDEN VERGOED

Artikel 39

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2015, bedoeld in artikel 38, stelt het Zorginstituut per zorgverzekeraar ook de uitkering 2015 vast voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed.

2. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2015 voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed, stelt het Zorginstituut bij de voorlopige vaststelling van de bijdrage 2015, bedoeld in artikel 23, ook de voorlopige uitkering 2015 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed, vast.

3. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2015 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed, stelt het Zorginstituut bij de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage 2015, bedoeld in artikel 31, ook de tweede voorlopige uitkering 2015 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed, vast.

HOOFDSTUK VII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 40

1. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 12, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
   a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2015;
   b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2015;
   c. het deelbedrag verpleging en verzorging 2015;
   d. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015;
   e. een aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2015.

2. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 12, vijfde lid, gelijktijdig met de betaling genoemd in het eerste lid uit.

3. Voor de betaling van de kosten, die op grond van de wet naar werkelijke kosten worden vergoed, kan het Zorginstituut ambtshalve een bedrag vaststellen, waarmee de betaling aan de zorgverzekeraars wordt verhoogd.

Artikel 41 Betaling

1. Het Zorginstituut bepaalt per zorgverzekeraar de som van de bestanddelen genoemd in artikel 40, eerste lid, onder a tot en met d en de uitkering, genoemd in artikel 40, tweede lid.

2. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de som van de vereveningsbijdrage 2015, bedoeld in artikel 12, zesde lid en de normatieve eigen risico opbrengst 2015, zoals bepaald in artikel 11, achtste lid en deelt het resultaat door het resultaat van het eerste lid.

3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar ieder van de bestanddelen genoemd in artikel 40, eerste lid, onder a tot en met d, en de uitkering bedoeld in artikel 40, tweede lid, met het percentage dat het resultaat is van het tweede lid.

4. De resultaten van het derde lid worden respectievelijk genoemd als volgt:
   a. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag variabele zorgkosten 2015;
   b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2015;
   c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag verpleging en verzorging 2015;
   d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015;
   e. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.

5. Het Zorginstituut betaalt de netto te betalen bedragen, bedoeld in het vierde lid, onder a tot en met e, verminderd met de aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2015, bedoeld in artikel 40, eerste lid, onder e, in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingsschema:

Betalingsschema

	Bestanddelen betalingen					
Betaalmoment	Artikel 41 vierde lid, onder a	Artikel 41 vierde lid, onder b	Artikel 41 vierde lid, onder c	Artikel 41 vierde lid, onder d	Artikel 41, vierde lid, onder e	Artikel 40, eerste lid onder e
januari 2015	0,69%	0,28%	1,10%	0,00%	8,33%	3,47%
februari 2015	2,51%	1,33%	4,05%	0,00%	8,33%	8,29%
maart 2015	5,36%	3,77%	7,01%	0,81%	8,34%	8,29%
april 2015	6,07%	5,96%	8,78%	0,81%	8,33%	8,29%
mei 2015	6,07%	5,96%	8,78%	1,01%	8,33%	8,29%
juni 2015	6,07%	5,96%	8,78%	1,01%	8,34%	8,29%
juli 2015	7,52%	5,96%	8,78%	1,73%	8,33%	6,48%
augustus 2015	7,52%	5,96%	8,78%	1,73%	8,33%	6,48%
september 2015	7,52%	5,96%	8,78%	1,73%	8,34%	6,48%
oktober 2015	7,52%	5,96%	8,78%	2,63%	8,33%	6,48%
november 2015	7,52%	5,96%	8,78%	2,63%	8,33%	6,48%
december 2015	7,52%	5,96%	8,78%	2,63%	8,34%	6,48%
januari 2016	6,32%	5,96%	7,66%	6,94%	0,00%	3,56%
februari 2016	5,30%	5,96%	0,97%	6,94%	0,00%	3,56%
maart 2016	4,79%	5,96%	0,16%	6,94%	0,00%	3,56%
april 2016	1,93%	3,10%	0,03%	6,94%	0,00%	1,09%
mei 2016	1,88%	3,10%	0,00%	6,94%	0,00%	1,09%
juni 2016	1,86%	3,10%	0,00%	6,94%	0,00%	1,09%
juli 2016	1,07%	2,36%	0,00%	6,94%	0,00%	0,50%
augustus 2016	1,07%	2,36%	0,00%	6,94%	0,00%	0,50%
september 2016	1,07%	2,36%	0,00%	6,94%	0,00%	0,50%
oktober 2016	0,94%	2,24%	0,00%	6,94%	0,00%	0,25%
november 2016	0,94%	2,24%	0,00%	6,94%	0,00%	0,25%
december 2016	0,94%	2,24%	0,00%	6,94%	0,00%	0,25%

6. Voor een zorgverzekeraar die zich op grond van artikel 25 van de wet aanmeldt bij de Nederlandse Zorgautoriteit nadat het Zorginstituut de bijdragen voor de zorgverzekeraars heeft toegekend, kan het Zorginstituut voor die zorgverzekeraar afwijken van de vorige leden.

7. Het Zorginstituut kan, indien naar zijn oordeel uit nieuwe informatie blijkt dat de verwachting is dat

bij de eerstvolgende herberekening of herziening van de vereveningsbijdrage, de vereveningsbijdrage meer dan 5 procent hoger zal zijn dan bij de laatst toegekende of voorlopig vastgestelde vereveningsbijdrage, afwijken van de vorige leden en de betalingen aan een zorgverzekeraar aanpassen.

Artikel 42 Aanpassing bevoorschotting

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2015 op grond van artikel 14 herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 41 voor de eerste keer. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.

2. Bij gelegenheid van de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk III, herziet het Zorginstituut voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 41. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.

3. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 41. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.

4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V, stelt het Zorginstituut de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig artikel 41.
   Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.

5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het Zorginstituut dat saldo ineens aan de zorgverzekeraar.

6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt de betreffende zorgverzekeraar dat saldo in een keer terug aan het Zorginstituut.

Artikel 43

1. De zorgverzekeraar en het Zorginstituut zijn over en weer rente verschuldigd en hebben over en weer aanspraak op rente over de verschillen, bedoeld in artikel 42.

2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling van de uitkering door het Zorginstituut verwerkt en zo mogelijk verrekend met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

Artikel 44 Renteberekening

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 42, tweede, derde en vierde lid, berekent het Zorginstituut rente over het verschil vanaf de datum waarop het verschil is ontstaan tot de datum waarop de verschillen worden verrekend.

2. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 42, tweede lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldata, genoemd in artikel 41 en artikel 42, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.

3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 42, derde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldata, genoemd in artikel 41 en artikel 42, eerste, tweede en derde lid tot de datum van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage.

4. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 42, vierde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldata, genoemd in artikel 41 en artikel 42 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.

5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 41, zesde en zevende lid, afwijkende betalingen hebben plaatsgevonden, kan het Zorginstituut bij de renteberekening afwijken van de vorige leden.

6. Het Zorginstituut deelt het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft terugbetaald op grond van artikel 42, zesde lid, voor de renteberekening naar rato toe aan de eerste dag van de maand waarin is terugbetaald en de eerste dag van de daaropvolgende maand, waarbij het uitgangspunt is de dag van terugbetaling.

7. Voor het rentepercentage gaat het Zorginstituut uit van het gemiddelde van de maandrentes van het Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) voor driemaands termijngelden zonder onderpand bij toepassing van het eerste tot en met vijfde lid. Voor de laatste kalendermaand vóór de betaling gaat het Zorginstituut uit van de rente over de voorafgaande kalendermaand.

8. De rente betreft een samengestelde rente en wordt op maandbasis berekend.
Bij de berekening wordt een maand op 30 en een jaar op 360 dagen gesteld.

9. Indien de situatie zich voordoet dat het in deze paragraaf bedoelde Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) niet meer kan worden toegepast, zal een zoveel als mogelijk overeenkomstig tarief worden gehanteerd.

HOOFDSTUK VIII SLOTBEPALINGEN

Artikel 45

Deze beleidregels treden in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst en werken terug tot en met 1 oktober 2014.

Artikel 46

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2015.

Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst.

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur
A. Boer

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 2 april 2015, kenmerk 745993-134864-Z.

BIJLAGE 1 TOEWIJZING FKG'S DIABETES 2015 OP BASIS VAN FARMACIEGEBRUIK VOOR DIABETES EN HYPERTENSIE

Diabetes type I	Diabetes type II	Hypertensie	Toewijzing FKG
>180	>180	>180	Diabetes type I
>180	>180	≤180	Diabetes type I
>180	≤180	>180	Diabetes type I
>180	≤180	≤180	Diabetes type I
≤180	>180	>180	Diabetes type II met hypertensie
≤180	>180	≤180	Diabetes type II zonder hypertensie
≤180	≤180	>180	Geen
≤180	≤180	≤180	Geen

Bron: Zorginstituut

Toelichting:
Groter of kleiner dan 180 verwijst naar de dagdosering voor de betreffende FKG. De tabel beschrijft de verschillende situaties die mogelijk zijn bij een samenloop van farmaciegebruik voor diabetes en hypertensie. In de laatste kolom staat aangegeven welke FKG's toegewezen worden in de betreffende situatie.

TOELICHTING

Algemeen

Paragraaf 4.2 van de Zorgverzekeringswet geeft regels voor het toekennen en vaststellen van de vereveningsbijdrage voor de zorgverzekeraars. Artikel 32 van de Zorgverzekeringswet bepaalt in het eerste lid dat het Zorginstituut een bijdrage toekent aan een zorgverzekeraar. Deze bijdrage is de vereveningsbijdrage. In de jaren na afloop van het vereveningsjaar stelt het Zorginstituut de bijdrage vast, dit is geregeld in artikel 34 van de Zorgverzekeringswet.

Het Besluit zorgverzekering legt in hoofdstuk 3 de basis voor de regels voor de risicoverevening. Nadere uitwerking daarvan vindt in 2015 vervolgens plaats in de Regeling zorgverzekering (de Regeling). De minister werkt in deze regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het betreffende jaar zal werken.

De Regeling is een algemeen verbindend voorschrift. Het Zorginstituut kan hiervan niet afwijken bij de uitvoering van de risicoverevening. Bij het opstellen van zijn beleidsregels is het Zorginstituut gebonden aan de door de minister opgestelde Regeling. De beleidsregels van het Zorginstituut zijn uitvoeringsregels. Het Zorginstituut regelt hierin hoe het te werk gaat bij de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage. De minister moet de beleidsregels goedkeuren (artikel 32, zevende lid, Zorgverzekeringswet).

Het opstellen van de regels voor de risicoverevening is een proces van continue evaluatie. Voortschrijdend inzicht leidt tot een verfijning van het verdeelsysteem. De minister consulteert daarbij alle belanghebbende partijen. Uiteindelijk bepaalt de minister welke uitkomsten van onderzoek en overleg vervolgens tot uitdrukking komen in jaarlijkse aanpassing van de regelgeving. Het Zorginstituut stelt naar aanleiding van de Regeling zijn beleidsregels voor de toepassing jaarlijks opnieuw op.

Het proces van toekennen en vaststellen van de bijdrage verloopt volgens een vereveningscyclus. In de vereveningscyclus 2015 kent het Zorginstituut voorafgaand aan het vereveningsjaar 2015 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2015 herziet het Zorginstituut de toekenning bij de lenteherberekening. Na ommekomst van het jaar (ex post) stelt het Zorginstituut de bijdrage vast bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en definitieve vaststelling. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage eerst twee keer voorlopig vast, omdat de gegevens die benodigd zijn voor de definitieve vaststelling van de bijdrage, op verschillende momenten in de tijd beschikbaar komen. Om de onzekerheid over de definitieve bijdrage voor zorgverzekeraars te verminderen, stelt het Zorginstituut de bijdrage na ommekomst van het vereveningsjaar twee keer voorlopig vast op basis van gegevens die dan beschikbaar zijn. Deze voorlopige vaststellingen bieden de zorgverzekeraar tussentijds een indicatie over de nog definitief vast te stellen bijdrage. Bij de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling houdt het Zorginstituut rekening met de rapportages die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft opgesteld.

De basisberekening van de risicoverevening komt in iedere toekenning of vaststelling terug. Hierbij worden verzekerdenaantallen per criterium, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd. Hieronder volgt, per toekenning of vaststelling, een korte beschrijving van de uitvoering.

De vereveningscyclus 2015 begint met de vaststelling van de Regeling door de minister van VWS. De minister bepaalt in deze Regeling het macro-prestatiebedrag dat over de zorgverzekeraars wordt verdeeld en de wijze waarop dit gebeurt. De minister bepaalt vervolgens met welke verdeelcriteria rekening wordt gehouden en koppelt daar een bijdrage (normgewicht) aan. Na de vaststelling van de Regeling en de vaststelling van de onderhavige beleidsregels door het Zorginstituut vindt ex ante toekenning van de bijdrage aan de zorgverzekeraars plaats in oktober 2014. De ex ante bijdrage berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenraming, wordt beschreven in de artikelen 4, 5 en 6. Tabel 1: ‘verzekerdenraming en verzekerdenbepaling’ bij deze toelichting geeft per deelbijdrage een overzicht van de vereveningscriteria waarin verzekerden bij de verzekerdenraming worden ingedeeld.
- De tweede stap is de berekening van de deelbedragen. De artikelen 7, 8, 9 en 10 beschrijven de berekening van de deelbedragen. Ex ante voert het Zorginstituut alleen de basisberekening uit, waarbij verzekerden per criterium, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd worden. In tabel 2: ‘berekening deelbijdragen’ van deze toelichting staan de toepasselijke artikelen vermeld.
- De derde stap is de bijdrageberekening. Artikel 12 beschrijft de bijdrageberekening van de ex ante toekenning. De ex ante berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico, beschreven in artikel 11, maakt hier deel van uit.

Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2015 de zogenoemde 'lenteherberekening'. Deze herberekening is een aanpassing van de ex ante toekenning op basis van geactualiseerde verzekerdenaantallen. Artikel 14 beschrijft de lenteherberekening. Op basis hiervan past het Zorginstituut de bevoorschotting aan (artikel 42, eerste lid).

De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2015, in september 2016. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in de artikelen 15, 16 en 17.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in de artikelen 18, 19, 20 en 21. Bij de eerste voorlopige vaststelling vermenigvuldigt het Zorginstituut de verzekerden uit de ex post verzekerdenbepaling met de ex ante normbedragen. Het flankerend beleid dat betrekking heeft op het gelijk speelveld wordt in deze artikelen over de berekening van de deelbedragen beschreven. Voor het deelbedrag vaste zorgkosten, past het Zorginstituut nacalculatie toe. Zie artikel 19, derde lid.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 23. Op de deelbijdragen verpleging en verzorging en kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg past het Zorginstituut de bandbreedteregeling toe. De bandbreedteregeling wordt berekend rond het gemiddelde marktresultaat. Artikel 22 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

De tweede voorlopige vaststelling vindt plaats in september 2018. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in artikel 15, 16 en 17 en in artikel 25. Bij de tweede voorlopige vaststelling maakt het Zorginstituut gebruik van de verzekerdenaantallen, zoals die bij de eerste voorlopige vaststelling zijn bepaald met inachtneming van correcties die voortvloeien uit de reviewrapportage van de NZa. Ook betrekt het Zorginstituut in de gevallen die beschreven zijn in artikel 25 geactualiseerde gegevensaanleveringen bij de verzekerdenbepaling.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 26, 27, 28 en 29. Het flankerend beleid dat betrekking heeft op het gelijk speelveld wordt beschreven in de artikelen over de berekening van de deelbedragen. Vervolgens calculeert het Zorginstituut na op het deelbedrag vaste zorgkosten. Zie artikel 27.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 31. Op de deelbijdragen verpleging en verzorging en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg past het Zorginstituut de bandbreedteregeling toe. Artikel 30 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

Het Zorginstituut stelt de bijdrage definitief vast in april 2019. De definitieve bijdrage is gelijk aan de voor de tweede keer voorlopig vastgestelde bijdrage, met dit verschil dat er in de definitieve bijdrage nog correcties verwerkt kunnen zijn als gevolg van de review door de NZa op de jaarstaat 2017.

De definitieve vaststelling is in drie stappen te beschrijven.

- Op de eerste stap, de verzekerdenbepaling, is artikel 25 van toepassing;
- Op de tweede stap, de berekening van de deelbedragen, zijn de artikelen 33, 34, 35 en 36 van toepassing;
- Op de derde stap, de bijdrageberekening, is artikel 38 van toepassing. De berekening van de normatieve eigen betaling in verband met het eigen risico voor de definitieve vaststelling, wordt beschreven in artikel 37.

Hoofdstuk 7 tenslotte gaat over de wijze waarop het Zorginstituut de betalingen van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars verricht.

De belangrijkste wijzigingen in de uitvoering risicoverevening 2015 ten opzichte van 2014

1. Het macro-deelbedrag 'kosten van overige prestaties' vervalt. De kosten van overige prestaties behoren vanaf 2015 tot het macro-deelbedrag 'variabele zorgkosten'.
2. Introductie van een nieuw macro-deelbedrag 'verpleging en verzorging'.
3. Het Zorginstituut heeft een betaalschema opgesteld, dat aansluit bij de wijzigingen met betrekking tot de macro-deelbedragen. In het nieuwe betaalschema is een aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst opgenomen. Het nieuwe betaalschema bestrijkt 24 maanden (dat was 18 maanden), waarvan de maandpercentages genormeerd zijn op het beschikbare, actuele kostenverloop.
4. Introductie van een nieuw vereveningscriterium 'generieke somatische morbiditeit' in het somatische model.
5. Introductie van een nieuw vereveningscriterium 'V&V-regio' in het somatische model.
6. Herintroductie van de klasse 'FKG reuma: TNF-alfa-remmers', in het vereveningscriterium farmacie

kostengroepen (FKG's). Deze klasse is gebaseerd op add-ons. Er geldt een restrictie op samenloop met de 'FKG reuma: overige middelen'.
7. Introductie van een nieuw vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten in de GGZ' (GGZ-MHK) in het GGZ model.
8. Het vereveningscriterium 'Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' (LDR) in het model voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vervalt.
9. De hogekostencompensatie voor kosten van geneeskundige GGZ vervalt.
10. De percentages afslag voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn voor het somatische model: FKG 55%; DKG 50% en HKG 65%. De percentages afslag voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn voor het model voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg: FKG GGZ 50% en DKG GGZ 40%.
11. Criteriumneutraliteit geldt voor de vereveningscriteria DKG's, HKG's, MHK en GSM in het somatische model en voor de vereveningscriteria DKG GGZ en GGZ-MHK in het model voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
12. De Bandbreedteregeling voor het deelbedrag verpleging en verzorging is gebaseerd op 5 euro en 95 procent. De bandbreedteregeling voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op 15,00 euro (dat was 12,50 euro in 2014) en 90 procent.
13. In de bijlage bij deze Beleidsregels zijn de tabellen met normbedragen niet langer opgenomen. De normbedragen staan vermeld in de Regeling.

De wijzigingen met betrekking tot het vereveningsmodel 2015 worden uitgebreid toegelicht in de toelichting bij de Regeling.

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur
A. Boer

Tabellen bij toelichting

Tabel 1: verzekerdenraming en verzekerdenbepaling

Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag verpleging en verzorging	Deelbedrag GGZ	Bijdrage-berekening
Alle verzekerden naar:	*Alle verzekerden. Geen toewijzing naar verdeel kenmerken.*	*Alle verzekerden naar:*	*Verzekerden 18 jaar en ouder naar:*	*Verzekerden 18 jaar en ouder zonder FKG, DKG en MHK naar:*
Leeftijd en geslacht		Leeftijd en geslacht	Leeftijd en geslacht	Leeftijd en geslacht
Aard van het inkomen		*Verzekerden van 65 jaar en ouder naar:*	Aard van het inkomen	Aard van het inkomen
Regio		V&V-Regio	GGZ-regio	Regio
FKG's			FKG GGZ	
DKG's			DKG GGZ	
HKG's				
SES			SES	
MHK		MHK	GGZ-MHK	
			Éénpersoonsadres	
GSM				

Tabel 2: berekening deelbijdragen

Berekening deelbedragen			
Ex Ante toekenning			
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag verpleging en verzorging	Deelbedrag GGZ
Artikel 7	Artikel 8	Artikel 9	Artikel 10
Verzekerden-raming artikel 4 * normbedragen	Verzekerden-raming artikel 4 * gemiddelde vaste kosten 2013. Opschalen naar macroprestatie bedrag 2015	Verzekerden-raming artikel 4 * normbedragen	Verzekerden-raming artikel 5 verzekerden van 18 jaar en ouder * normbedragen
Voorlopige vaststelling			
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag V&V	Deelbedrag GGZ
Artikel 18	Artikel 19	Artikel 20	Artikel 21
Verzekerden-bepaling artikel 15 * normbedragen. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 15 * herberekende vaste kosten	Verzekerden-bepaling artikel 15 * normbedragen. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 16 * normbedragen. Flankerend beleid gelijk speelveld.
	100% nacalculatie		
Tweede voorlopige vaststelling			
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag V&V	Deelbedrag GGZ
Artikel 26	Artikel 27	Artikel 28	Artikel 29
Verzekerden-bepaling artikel 25 * normbedragen. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 25 * herberekende vaste kosten	Verzekerden-bepaling artikel 25 * normbedragen. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 25 * normbedragen. Flankerend beleid gelijk speelveld.
	100% nacalculatie		
Definitieve vaststelling			
Artikel 33	Artikel 34	Artikel 35	Artikel 36
Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa

Tabel 3: bijdrageberekening

Bijdrageberekening		
Toekenning (ex ante) Voorlopige vaststelling Tweede voorlopige vaststelling Definitieve vaststelling	Artikel 12 Artikel 23 Artikel 31 Artikel 38	Tabellen n.v.t.
Toepassing Bandbreedteregeling conform artikel 3.17, tweede en derde lid van het Besluit zorgverzekering en artikel 16 van de Regeling. De bandbreedteregeling is van toepassing op de deelbijdragen verpleging en verzorging en GGZ bij de voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling.		
Sommatie deelbijdragen tot Normatief bedrag 2015		
Min eigen risico		

Bijdrageberekening		
Eigen risico ex ante toekenning Eigen risico voorlopige vaststelling Eigen risico tweede voorlopige vaststelling Eigen risico definitieve vaststelling	Artikel 11 Artikel 22 Artikel 30 Artikel 37	
Min nominale rekenpremie		
Plus uitvoeringskosten verzekerden jonger dan 18 jaar		
Is bijdrage 2015		